

Al Magnifico Rettore
Università degli Studi di Bari "Aldo Moro"
rapporti.sanita@uniba.it

Oggetto: Richiesta di autorizzazione allo svolgimento dell'attività assistenziale da parte del/la Dott./ssa , dottorando/a di ricerca.

Il/la sottoscritto/a Prof./ssa , in qualità di Docente Tutor/Direttore dell'U.O.C.

C H I E D E

che il/la Dott./ssa , nato/a a.....il
..... telefono , e-mail ,
iscritto al corso di Dottorato di ricerca in
(..... ciclo) in possesso del seguente titolo di studio
..... conseguito presso l'Università di
..... il , specialista in
..... , in possesso
dell'abilitazione per l'esercizio della libera professione di
..... iscritto all'albo professionale
..... sia autorizzato alla frequenza
dell' Unità Operativa , diretta dal/la Prof./ssa
..... con conseguente svolgimento dell'attività assistenziale inerente il
percorso formativo dello stesso Dottorato di ricerca, che terminerà in data..... , necessaria per
il raggiungimento degli obiettivi del dottorato ed in particolare del progetto di ricerca
.....
Tale attività assistenziale sarà resa ai sensi dell'art. 1, comma 25 della Legge n. 4 del 14.01.1999, sotto
la guida e responsabilità del/la Prof./ssa (Docente Tutor/Direttore
dell'U.O.C.).

data _____

firma _____